1901

Ueber Dysenterie und Leberabscess in Kamerun.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

Hohen medicinischen Fakultät

der

Universität Leipzig

vorgelegt von

Wilhelm Kerksieck,

approb. Arzt aus Blankenhagen.

Leipzig.

Druck von Bruno Georgi.

1901.

Gedruckt mit Genehmigung der Medicinischen Fakultät
zu Leipzig. 9. Dezember 1901.
Referent: Herr Geh. Med. Rat Prof. Dr. Curschmann.

Im Andenken an seine unvergesslichen
Eltern
seinen lieben Schwiegereltern
in Dankbarkeit gewidmet
vom Verfasser.

Während meiner zweijährigen ärztlichen Thätigkeit in Kamerun hatte ich als Truppenarzt viel Gelegenheit die tropische Dysenterie mit ihren Complicationen und ihrer häufigsten Nachkrankheit Leberabcess zu beobachten und zu behandeln. Wenn diese Beobachtungen nicht den Anspruch erheben können, Neues über Wesen, Diagnose und Behandlung der beiden Krankheiten zu bringen, so liefern sie doch statistisches Material besonders für die viel umstrittene Frage nach dem Zusammenhang zwischen Dysenterie und Leberabscess.

Bei den bescheidenen wissenschaftlichen Hilfsmitteln, die mir während meines Aufenthalts in Kamerun, besonders während der Expeditionen ins Innere zu Gebote standen, waren streng klinische Untersuchungen, ich rechne dazu vor allem mikroskopische Untersuchungen, nicht möglich.

Meine Beobachtungen habe ich mit geringen Ausnahmen an Eingeborenen gemacht, denn die wenigen weissen Angehörigen der Kaiserlichen Schutztruppe blieben fast ganz verschont von Dysenterie und Leberabscess.

Dysenterie herrscht in Kamerun, soweit es erforscht ist, endemisch. Dass es bestimmte Oertlichkeiten gäbe, welche von der Krankheit heimgesucht werden, während andere unter den gleichen klimatischen Verhältnissen verschont blieben, habe ich auf den Expeditionen ins Innere nicht gefunden. In jedem

Dorfe, besonders im Küstengebiet an der Caravanenstrasse, welches wir auf unserm Marsche passierten, kamen mir Fälle von Ruhr zu Gesicht. Im Hinterlande, wo mehr Sauberkeit besonders in Bezug auf das Fortschaffen der Abfallstoffe zu merken war, stand die Zahl der Erkrankungen in keinem so ungünstigen Verhältnisse zur Einwohnerzahl, wie im Küstengebiet. Dass Temperaturschwankungen auf die Häufigkeit der Erkrankungen einen zweifellosen Einfluss haben, konnte ich wiederholt constatieren, denn gegen Ende der Regenzeit und Anfang der Trockenzeit häuften sich die Fälle in auffallender Weise, besonders wenn die schwarzen Soldaten und Träger im Freien übernachten mussten. Es stellten sich dann Erkältungen ein, und bald darauf traten auch einfache Darmkatarrhe und Dysenterie auf.

In der Garnison kamen in Folge der rationelleren Verpflegung, besseren Unterkunft und regelmässigen ärztlichen Untersuchungen wesentlich seltener Fälle von Ruhr vor, als auf Expedition. Die Träger erkrankten häufiger, als die Soldaten. Es erklärt sich das durch den Umstand, dass der Träger einen schwereren Dienst hat, schlechter verpflegt und untergebracht wird. Der Soldat hat wenigstens beim Uebernachten unter freiem Himmel eine dicke wollene Decke zum Schutz gegen Nässe und Kälte, während der Träger vollkommen unbedeckt in unmittelbarer Nähe des Feuers liegt und sich durch häufiges Wechseln der Körperlage zu erwärmen sucht. Die Contraste zwischen Hitze und Kälte wirken natürlich sehr ungünstig. Zu den weiteren praedisponierenden Ursachen gehörte auch der Wechsel zwischen unzureichender oder überreichlicher Ernährung, der zeitweise Genuss von verdorbenen oder schwer- bezw. ganz unverdaulichen Nahrungsmitteln. Bei Märschen durch un

bewohnte Gegenden wurde notgedrungen der Proviant für die ganze Dauer des Marsches in Tagesrationen eingeteilt, ausgegeben. Trotz häufiger Ermahnungen und Strafen war es nicht zu erreichen, dass besonders die Träger mit den Rationen ausreichten. Anfangs wurde unmässig gegessen und später gehungert. Standen dann wieder reichliche Lebensmittel zur Verfügung, so wurden ganz unglaubliche Mengen heruntergeschlungen.

Verdauungsstörungen waren das wenigste, die ein solcher Excess zur Folge hatte, und bei den vielen direkten Infektionsgelegenheiten fanden die Erreger der Dysenterie so einen günstigen Nährboden. Wenn ich annehmen darf, dass die Inkubationszeit bei Ruhr 3—8 Tage dauert, so muss ich die Lagerplätze der Karavanen in dem Urwaldgürtel zwischen Küste und Hinterland als wahre Brutstätten für die Erreger der Dysenterie bezeichnen. Täglich werden diese Plätze, die im Verhältnis zu der Zahl der gewöhnlich dort Rastenden sehr klein sind, von Trägern, unter denen stets Kranke mit akuter oder chronischer Dysenterie zu finden sind, benutzt; eine Durchseuchung des Bodens und Verunreinigung des Trinkwassers durch Faekalien ist die Folge und so ist es selbstverständlich, dass auf Schritt und Tritt bei der unglaublichen Sorglosigkeit des Schwarzen Infektionsgelegenheiten sich bieten.

Die Infektion selbst erfolgte wohl stets durch die Mundhöhle, denn die Schwarzen tranken das auf oben geschilderte Weise verunreinigte Trinkwasser stets ungekocht und benutzten trotz aller Bemühungen meinerseits das Ess- und Trinkgeschirr bereits erkrankter Kameraden.

Die wenigen Erkrankungen, die ich bei Europäern zu beobachten Gelegenheit hatte, waren anscheinend durch Benutzung

von Geschirr, das von Dysenteriekranken gesäubert war oder durch den Genuss von Obst, das mit Dysenteriekranken in Berührung gekommen war, entstanden, da ungekochtes Wasser nicht von uns getrunken wurde. War einmal der Dysenterieerreger in den Magendarmkanal beim Weissen gelangt, so fand er meistens einen günstigen Nährboden, denn bei längerem Aufenthalt in Kamerun entwickelt sich mindestens eine krankhafte Empfindlichkeit des Darms.

Ob die Disposition zur Erkrankung bei den Schwarzen in Bezug auf die Geschlechter die gleiche ist, konnte ich nicht mit Sicherheit erkennen, da die Weiber die mit den Weissen kaum in Berührung gekommen waren, sich scheuten meine Hülfe in Anspruch zu nehmen. Aus diesem Grunde habe ich auch, ausser bei Soldaten kindern, keine Fälle von Dysenterie bei Kindern, die ja zweifellos stark gefährdet sind, beobachten können, denn Pflege und Erziehung dieser ist lediglich Sache der Mutter.

Dass nach einmaligem Ueberstehen der Dysenterie die Gefahr einer Neuinfektion eine grosse war, sah ich recht häufig und es ist dies auch erklärlich, da der Darm nach überstandener Dysenterie jahrelang äusserst prompt auf jeden Excess in der Diät, auf Erkältung mit einem Katarrh antwortet. In dieser Beziehung hat die Ruhr Aehnlichkeit mit der Malaria, während die beiden Krankheiten sonst nichts mit einander zu thun haben.

Bei der Menge von Fällen, die wie ich schon oben erwähnte mit verschwindenden Ausnahmen schwarze Soldaten und Träger betrafen, hatte ich Gelegenheit alle drei Formen der Dysenterie, die einfache, die brandige und die chronische zu beobachten und zu behandeln. In der Garnison und auch auf den Stationen, wo die Erkrankten frühzeitig in Behandlung und

vor allem unter strenge Kontrolle in Isolierräumen kamen, verlief die Krankheit bei der von A. Plehn angegebenen Behandlungsweise ausnahmslos günstig, bis auf einen Fall, der einen Knaben betrifft. In den wenigen Monaten meiner Thätigkeit in der Garnison Kamerun habe ich keinen Patienten an Dysenterie verloren. Es handelte sich allerdings in allen Fällen um einfache Dysenterie, die das bekannte Krankheitsbild darbot. Anamnestisch liess sich bei der bekannten Indolenz der Schwarzen selten etwas ermitteln; in dieser Beziehung sind die Neger Kindern vergleichbar. Kam der schwarze Patient zu mir, so sagte er mir stets auf meist drastische Weise die Diagnose, ehe ich an ein Krankenexamen oder an eine Untersuchung denken konnte. An und für sich bieten die Fälle wenig Interessantes oder Neues, ich kann daher aus den gesammelten Notizen über diese Fälle nur erwähnen, dass die Anzahl der Stühle bei geeigneter Diät, Ruhe und Behandlung bereits am dritten Behandlungstage annähernd normal war und die makroskopische Betrachtung der Faeces nicht mehr erkennen liess, dass der krankhafte Process im Darm noch nicht abgelaufen war. Hierin lag eine indirekte Gefahr für den Patienten, speciell für den Schwarzen, denn kaum waren die schlimmsten Symptome, vor allem der Schmerz verschwunden, der Stuhl geformt, so hielten sich meine Patienten für genesen und forderten ihre gewohnte Kost.

Komplikationen ausser geringem Fieber im Anfang der Krankheit und hin und wieder leicht angedeutete Perityphlitis habe ich nicht beobachtet.

Die Dysenterie bei Weissen verlief in der Garnison selbst weitaus leichter, als auf Expeditionen; die Krankheitsdauer war aber natürlich eine wesentlich längere, als beim Schwarzen,

vor allem blieb im Gegensatz zu diesem eine über Monate hinaus andauernde Empfindlichkeit des Darms zurück, die stets eine Neuinfektion befürchten liess. Bei sehr geschwächten Patienten, denen ausser dieser Gefahr stets Malaria drohte, blieb nichts anderes als die schleunige Heimsendung nach Deutschland übrig.

Die brandige Form der Dysenterie lernte ich in einer Reihe von Fällen auf der Wute-Adamaua-Expedition im Jahre 1899 kennen. Diese Form entwickelte sich ausnahmslos aus der einfachen. Dass nicht alle einfachen Dysenterien besonders bei den Trägern während der Expedition, wo ausser einer medikamentösen Behandlung zeitweise nichts für die Patienten gethan werden konnte, die brandige oder chronische Form annahmen, spricht für die ausserordentliche Widerstandsfähigkeit der Eingeborenen. Die misslichen Umstände zwangen die Erkrankten, oft tagelang mit akuter Ruhr täglich 6—8 Stunden zu marschieren, Nachts unter freiem Himmel auf der blanken Erde zu schlafen und die gewöhnliche, schwer verdauliche Kost zu geniessen. Wurde dann nach mehrtägigen Märschen ein längerer Halt in einem feindlichen Dorfe gemacht und kamen die aufs Aeusserste geschwächten Patienten zur Ruhe und konnte für zweckmässige Pflege gesorgt werden, so erholte sich ein Teil der Kranken auffallend schnell, selbst wenn die ersten Zeichen brandiger Dysenterie sich zeigten, der andere Teil erlag aber oft in wenigen Tagen. In diesen letzteren Fällen hatten die Zeichen der einfachen Dysenterie ihren Höhepunkt erreicht. Leibschmerz und Tenesmus waren äusserst heftig, die Stühle fast rein blutig, dann wurden plötzlich mit einem Schlage die Entleerungen schwärzlich oder braunrot, strömten einen aashaften Geruch aus und waren untermischt

mit Fetzen oder grösseren Stücken der brandig gewordenen Darmwand. Die Leibschmerzen waren scheinbar äusserst heftig, die Temperatur sank unter die Norm, die Extremitäten fühlten sich kalt an, der Puls war fadenförmig, das Bewusstsein erhalten. Das ganze Krankheitsbild hatte grosse Aehnlichkeit mit der Cholera. In einer Reihe von Fällen erinnerte das Krankheitsbild an Typhus. Die Erscheinungen von Seiten des Darms waren dieselben, wie bei den zuerst erwähnten Fällen, dagegen stellten sich Fieberbewegungen ein, die Zunge war trocken, die Lippen fuliginös, der Leib aufgetrieben, das Bewusstsein getrübt, Delirien wechselten ab mit tiefem Coma. Die Prognose war in jedem Falle immer schlecht. Der Tod erfolgte meistens nach etwa 8—10 Tagen, zuweilen aber auch schon früher. Die Todesursache war Erschöpfung, Darmblutungen oder Perforation des Darmes.

Wie wohl kaum bei einer anderen Tropenkrankheit liegt bei der Dysenterie die Gefahr nahe, dass sich aus der akuten Form die chronische entwickelt, die den unglücklichen Patienten, aber auch den Arzt zur Verzweiflung bringen kann. Dass diese Form der Erkrankung sich nicht häufiger bei den Eingeborenen aus der akuten entwickelt, ist erstaunlich und lässt sich nach A. Plehn nur durch angenommene grössere Vitalität, d. h. grössere Widerstandskraft und Regenerationsfähigkeit erklären. Ein an Dysenterie erkrankter Europäer würde unter denselben Verhältnissen zum mindesten eine chronische Dysenterie wenn nicht einen schnellen Tod davontragen. Bei den Schwarzen hatte ein Exzess vor definitiver Heilung einen erneuten Ausbruch der Krankheit zur Folge, der bei zweckmässiger Lebensweise und Behandlung fast in allen Fällen schnell wieder verschwand und mit völliger Genesung endete. War die akute Dysenterie aber

einmal in das chronische Stadium getreten, so waren die Aussichten auf Wiederherstellung für die Schwarzen nicht wesentlich günstiger als für den Weissen. Schwarze Patienten mit chronischer Dysenterie verlor ich, soweit es sich nicht um Soldaten handelte, häufig aus den Augen, da sie an meiner Kunst verzweifelnd eine weitere Behandlung für aussichtslos und unbequem hielten. Erst wenn Komplikationen, vor allem entzündliche Erscheinungen von Seiten der Leber eintraten, fühlte der Neger sich veranlasst, es nochmals mit meiner Kunst zu versuchen. Meistens war dann aber eine neue Behandlung aussichtslos, denn die Kranken waren mittlerweile teilweise zu Skeletten abgemagert und gingen bald an Erschöpfung zu Grunde. Die Krankheit in allen ihren Stadien konnte ich aus den angeführten Gründen bei Schwarzen nur selten klinisch beobachten, dagegen hatte ich bei zwei Europäern Gelegenheit, das Krankheitsbild der chronischen Dysenterie über Wochen und Monate zu studieren. Der erste Fall betrifft einen Missionar, der zweite einen Unteroffizier der Schutztruppe, der während der Wute-Adamaua-Expedition erkrankte und monatelang in der Hängematte mitgeschleppt werden musste. Pat. erkrankte nach Rückkehr von einem Zuge nach Ngaumdere, wo er trotz ausdrücklichen Verbots ungekochtes Wasser getrunken hatte. Die ersten Erscheinungen einer Infektion traten nach 8 Tagen auf. Leichte Störungen des Allgemeinbefindens, Diarrhoe, liessen eine in Entwicklung begriffene Dysenterie vermuten. Unglücklicher Weise konnte dem Patienten die nötige Ruhe und Pflege nicht zuteil werden, da die Truppe weitermarschierte. Pat. musste schon von Anfang an getragen werden, da ihn die Diarrhoe stark mitgenommen hatte. Erst am Abend des zweiten Tages konnte Dysenterie mit absoluter

Sicherheit festgestellt werden, denn es hatten sich mittlerweile die charakteristischen Darmentleerungen und Tenesmus eingestellt. Die übliche Behandlungsweise von der später die Rede sein wird, brachte bereits nach drei Tagen, trotzdem Pat. in der Hängematte getragen werden musste und Nachts im Zelt schlief, die heftigsten Erscheinungen zum Schwinden und ich hoffte, dass Pat. während des vierwöchentlichen Aufenthalts in Ngambé völlig genesen würde. Leider bekam Pat. gleich nach unserer Ankunft dort einen Malariaanfall, der den an und für sich sehr geschwächten Patienten noch weiter herunter brachte. Mit Rücksicht auf die Dysenterie konnte Chinin per os nicht gegeben werden, ich musste das Medikament $2^1/_2$ gr Chinin in die Gluteen einspritzen, worauf der Anfall am dritten Tage als erledigt angesehen werden konnte.

Mittlerweile war an Stelle der blutigen Diarrhoe Verstopfung getreten, sodass das Calomel ausgesetzt wurde, um Intoxication zu vermeiden und Spülungen mit Salicylsäurelösung 1:1000 gemacht werden mussten. Nur bei genauer Untersuchung waren in den Entleerungen noch Schleim zu sehen, ein sicheres Zeichen, dass der Prozess im Darm noch nicht abgelaufen war. Dieser zufriedenstellende Zustand dauerte jedoch nur wenige Tage, dann trat ein Rückfall ein, der an Heftigkeit den ersten Anfall beinahe übertraf, und der üblichen Behandlungsweise nicht weichen wollte. Die Erklärung für den Rückfall war nicht leicht, da Pat. jeden Diätfehler leugnete, aber ich vermute, dass ein solcher doch gemacht ist, da ich bei einem späteren erneuten Rückfall mit Sicherheit nachweisen konnte, dass Pat. trotz strengsten Verbots Sect getrunken hatte. Nach dreitägiger Calomelbehandlung war der Zustand wieder ein leidlicher, die Entleerungen wurden

seltener, die Beimischungen von Schleim und Blut geringer, aber normale Beschaffenheit wollte der Stuhl nicht annehmen und in der Folgezeit wechselten Verstopfung mit Diarrhoe ab, obwohl ich keine der empfohlenen Behandlungsweisen unversucht liess. Die Entleerungen enthielten jetzt häufig sagoähnliche Klümpchen, die nach Virchow von stärkemehlhaltiger Nahrung herrühren; an einigen Tagen erschien dann auch mal der Stuhl makroskopisch normal. Das Allgemeinbefinden hatte sich trotzdem etwas gebessert, als plötzlich Erscheinungen von Seiten des Leber auftraten. Pat., der leicht fieberte, klagte über Spannung und Schmerzen in der Lebergegend. Ein leichter Icterus, Vergrösserung der Leber und deren Druckempfindlichkeit deuteten auf Leberentzündung hin. Bei antiphlogistischer Behandlung gingen das Fieber und die Beschwerden zurück, sadass ich bald meine Furcht vor Leberabscess fahren lassen konnte. Beim Abmarsch von Ngambé war das Befinden des Pat. ein derartiges, dass er ohne direkte Gefahr den viertägigen Marsch nach Joko in der Hängematte mitmachen konnte. Bei der Ankunft dort beschloss ich den Pat. möglichst schnell zur Küste zu transportieren und in die Heimat zu entlassen. Aus Freude hierüber liess sich Pat. verleiten am Vorabend der geplanten Abreise ein Glas Sect mit seinen Kameraden zu trinken. Die Folge war ein schwerer Rückfall, der ihn zwang, weitere 3 Wochen auf der Station zu bleiben. Dann gab ich dem Drängen des Pat. schliesslich nach und liess ihn zur Küste transportieren, obwohl ich nicht wie er von dem Klimawechsel eine Besserung oder Genesung erwartete. Die Nachricht von seinem bald nach der Ankunft in Deutschland erfolgten Tode überraschte mich daher später kaum.

Ich habe die Krankheitsgeschichte dieses durch mehrere

Monate hindurch beobachteten Falles ausführlich geschildert, weil aus derselben am besten die Symptome und der Verlauf der chronischen Dysenterie zu ersehen sind und weil dieser Fall wegen seiner Komplikation mit Leberentzündung für die später zu erörtende Frage über den Zusammenhang zwischen Dysenterie und Leberentzündung resp. Leberabscess zu verwerten ist.

Bei dem überaus häufigen Vorkommen der Dysenterie in Kamerun und bei der Kenntnis der Eingeborenen von dieser Seuche, sollte man annehmen, dass im Laufe der Zeit in Kamerun selbst ein Mittel gegen Dysenterie gefunden wäre, das als solches wirklich etwas leistet. Aber der Arzneischatz der Eingeborenen, der überhaupt sehr dürftig ist, lässt auch bei dieser Seuche völlig im Stich. Nicht einmal zuverlässige Abführmittel besitzt der Kameruner, denn das Ricinusöl weiss er nicht zu gewinnen. Nur die Kunst des Klystierens, welche die Weiber an ihren Säuglingen üben, ist bemerkenswert. Die Hoffnung unserer Optimisten, dass wir aus Kamerun auch grössere Gewinne für die Heilkunst zu erwarten hätten, haben sich nicht erfüllt.

Welches von den beiden am meisten gegen Dysenterie angewandten Medikamenten Calomel und Ipecacuanha den Vorzug hat, will ich nicht entscheiden. Die hervorragenden Dienste, welche mir das Calomel gleich bei den ersten Fällen leistete, hielten mich davon ab, das von vielen warm empfohlene Ipekacuanha oder das Natrium sulfuricum, das wie ich in Campo sah, von den Franzosen angewandt wird, zu versuchen. Gestützt auf die von A. Plehn gemachten Erfahrungen gab ich in allen Fällen von Dysenterie Calomel und zwar in kleinen häufigen Dosen. Pat. erhielt zweistündlich 0,03 Calomel, bis

Anzahl und Beschaffenheit der Stühle annähernd normal war. Stomatitis war bei genügender Aufmerksamkeit stets zu vermeiden. Häufig trat bereits am dritten Tage Verstopfung auf, die dann Darmspülungen mit Salicylsäurelösung verlangt. Vom vierten Behandlungstage an wird das Calomel durch Bismut. subnitric. 0,5 stündlich ein Pulver ersetzt, bis der Stuhl normal ist. Bei etwaigen Recidiven wird nochmals Calomel in der angegebenen Weise gegeben. Strengste Diät ist für den Weissen unerlässlich, beim Schwarzen ist sie nicht von so grosser Bedeutung. Wenn möglich soll er nur Reisnahrung geniessen, aber leider wird diese Diät nur selten gehalten werden können.

In der Garnison konnte ich bei dieser Behandlungsart die schwarzen Patienten nach 1—2 Wochen als völlig geheilt in den Dienst schicken. Die Warnung Davidsons bei brandiger Dysenterie Calomel zu geben, finde ich ungerechtfertigt, denn wie A. Plehn habe ich auch bei dieser schweren Form der Dysenterie stets einen günstigen Einfluss des Calomel auf den Krankheitsverlauf gesehen.

Die Calomelbehandlung war die allgemein übliche in Kamerun und wurde auch von Laien, wie Kaufleuten und Pflanzern bei erkranktem Personal mit gutem Erfolge geübt. Man kann mit Recht sagen, dass das Calomel neben Chinin das notwendigste Medikament für den Arzt ist. Ich kann Plehn nur zustimmen, wenn er schreibt „die Calomelbehandlung nimmt, rechtzeitig angewandt, der Dysenterie das meiste von ihrem Schrecken.“

Wenn Dr. Schweiger in seiner Arbeit „Ueber Leberabscesse nach Dysenterie“ schreibt: „Ich vermag als Ursache für das auffallend häufige Vorkommen von Leberabscessen im

Gebiet der Stadt Travnik einzig und allein die Ruhr ausfindig zu machen“ so kann ich diese These für Kamerun nach meinen Erfahrungen mit geringen Einschränkungen auch aufstellen, denn in fast allen Fällen von Leberabscess bei Schwarzen, und diese stellten das Hauptkontingent meiner Patienten, war anamnestisch oder bei der Obduktion eine vorhergegangene Dysenterie nachzuweisen, von den drei Fällen, welche ich bei Europäern zu beobachten Gelegenheit hatte, war einmal eine vorhergegangene Dysenterie nicht nachzuweisen. Wie auch immer die Streitfrage über den Zusammenhang zwischen Dysenterie und Leberabscess entschieden werden mag, ob nur für die grössere Anzahl von Leberabscessen der Tropen die Dysenterie verantwortlich zu machen ist, ob die Dysenterie oder der Leberabscess das Primäre, oder ob für beide Krankheitsformen dieselbe Ursache angenommen wird, ist nicht so sehr von praktischer Bedeutung, als die Erkenntnis, dass Dysenterie und Leberabscess in einem wechselnden Verhältnis zu einander stehen und dass dieses Verhältnis besteht, lehrt meiner Meinung die Thatsache, dass das geographische Verbreitungsgebiet der Hepatitis sich im wesentlichen mit dem der Dysenterie deckt und dies Zusammentreffen ist doch wohl kaum als ein rein zufälliges anzusehen.

Die Diagnose auf Leberabscess lässt sich, wie auch aus den später folgenden Krankengeschichten ersichtlich ist, aus folgenden Erscheinungen mit annähernder Sicherheit stellen: vergrösserte druckempfindliche Leber, rechtsseitiger Schulterschmerz, unregelmässiges remittierendes oder intermittierendes Fieber, schneller Verfall der Kräfte und schliesslich das Aussehen des Kranken. Ueber das wirkliche Vorhandensein eines Abscesses und dessen Sitz giebt nur die Probepunktion Auf-

schluss. Diese ist also durchaus unbedenklich möglichst früh zu machen, damit die einzig in Frage kommende Therapie, die Eröffnung und Entleerung vorgenommen werden kann. Das von englischen Aerzten bei Hepatitis und selbst bei Leberabscessen empfohlene Ammonium chloratum habe ich, nicht in der Annahme, dass es thatsächlich Abscesse zur Resorption bringen könne, in Fällen angewandt, wo aus verschiedenen Gründen von einem operativen Eingriff abgesehen werden musste, aber wie vorauszusehen, ohne jeglichen Erfolg.

Eine Reihe von Obduktionen, die aus Mangel an Zeit und Gelegenheit und mit Rücksicht auf die Bräuche und Sitten der Eingeborenen nur oberflächlich gemacht werden konnten, förderten nichts Neues über die pathologische Anatomie des Leberabscesses zu Tage, ich kann daher mit wenigen Worten über sie hinweggehen. Anfangs habe ich wenn möglich in jedem einzelnen Falle, auch wenn durch Punktion Leberabscess festgestellt war, bei der Sektion die Baucheingeweide genau besichtigt, später, als die Fälle sich häuften, nur dann, wenn der Sitz des Abscesses nicht festgestellt werden konnte, oder wenn es sich fragte, ob nicht mehrere Abscesse vorlagen. Aus meinen damaligen Aufzeichnungen geht hervor, dass in den meisten Fällen nur ein Abscess und zwar am häufigsten im rechten Leberlappen vorhanden war. Die Grösse der von mir gesehenen Abscesse schwankte zwischen der einer Haselnuss und eines Gänseeis. Bei gleichzeitigem Vorhandensein mehrerer Abscesse fiel einer stets durch seine Grösse im Vergleich zu den andern auf. Der eitrige Inhalt war meist von rahmartiger Beschaffenheit, in einzelnen Fällen aber zähe, sodass bei Probepunktionen nur wenig Inhalt aufgesogen werden konnte.

Im Folgenden will ich zwei Fälle von Leberabscess bei Schwarzen und einen Fall bei einem Europäer ausführlicher beschreiben.

I. Fall.

Soldatenweib, etwa 17 Jahre alt, ist auf dem Marsche von der Küste zur Station Joko nach Aussagen des Transportführers erkrankt, sodass sie nur langsam marschieren konnte. Sie kommt in Folge der anstrengenden Märsche, der ungenügenden Pflege und gänzlich fehlenden Behandlung sehr abgemagert und elend in meine Behandlung. Bei der sofortigen Untersuchung wird Dysenterie festgestellt.

Anamnestisch ergiebt sich, dass die Infection aller Wahrscheinlichkeit nach auf einem der früher erwähnten Lagerplätze im Urwaldstreifen erfolgt ist, denn die ersten Zeichen der jetzigen Erkrankung sind 8 Tage nach Passieren des Urwaldgürtels aufgetreten. Complicationen sind zur Zeit nicht vorhanden. Bei der üblichen Calomelbehandlung erholt sich Pat. auffallend schnell und nach 10 Tagen erscheint der Stuhl völlig normal, sodass ich die Kranke mit den nötigen Vorschriften aus der Behandlung entlasse. In Folge einer auftretenden Windpocken-Epidemie, die mich stark in Anspruch nimmt, verliere ich die Pat. ganz aus den Augen. Nach etwa 6 Wochen wird mir meine frühere Pat. zum 2ten Male vorgestellt.

Die Frau macht schon auf den ersten Blick den Eindruck einer Schwerkranken. Sie ist stark abgemagert, die Hautfarbe heller, als früher, die Silcrotica zeigt einen ganz eigentümlichen matten Glanz. Die Zunge ist dick belegt. Die Atmung ist oberflächlich, beschleunigt. Temperatur 39° C.

Es wird über Schmerzen in der Lebergegend und in der

rechten Schulter geklagt. Die Perkussion und Palpation der Leber ist schmerzhaft, diese selbst im Ganzen vergrössert. Im scorbic. cordis eine apfelgrosse, fluctuierende Geschwulst. Durch Probepunktion wird rahmiger Eiter entleert. Pat. willigt in die vorgeschlagene Operation, die am nächsten Morgen vorgenommen wird. Neben der Probepunktionsstelle wird die Haut und die obere Muskelschicht durch einen 3 cm langen Schnitt durchtrennt und dann ein dicker Troikar eingestochen. Es entleert sich langsam etwa ein Tassenkopf voll rahmiger Eiter. Durch den Troikar wird ein entsprechendes Drain geführt und ersterer entfernt. Aus Mangel an Verbandsmitteln wird ausgeräucherte Holzwolle, die unsren Proviantkisten entnommen ist, zum Aufsaugen des Eiters verwandt. Dieser primitive Verband wird Anfangs täglich gewechselt.

Die Erleichterung der Kranken nach dem Eingriff ist augenscheinlich. Fieber und Schmerzen lassen schnell nach, die Absonderung ist nach einigen Tagen gering, das Drain muss verkürzt werden. Nach 10tägiger Behandlung lässt sich auch dieses nicht mehr einführen und es wird nur noch ein Gazestreifen eingeführt, um die Wunde offen zu halten. Die völlige Wiederherstellung konnte ich nicht abwarten, da ich zur Küste musste. Nachher habe ich aber zu meiner Genugthuung erfahren, dass Pat. wieder ganz hergestellt ist.

Es hat sich in diesem Falle um einen solitären Abscess mittlerer Grösse gehandelt, der im Anschluss an Dysenterie entstanden war. Differentialdiagnostisch wäre nur ein Bauchwandabscess in Frage gekommen, dieser wurde aber durch Akidopeirastik ausgeschlossen.

II. Fall.

Der zweite Fall, den ich auch ausführlicher beschreibe, da die Art der Therapie eine Andere ist, als in Fall I. betrifft einen Eingeborenen im besten Mannesalter. Bei diesen Patienten wird eine kürzlich überstandene Dysenterie festgestellt. Durch weiteres Fragen ergiebt sich eine seit etwa 8 Tagen bestehende Schmerzhaftigkeit der Leber und andauerndes Fieber. Bei der Untersuchung wird folgendes festgestellt. Pat. von kräftigem Körperbau in dürftigem Ernährungszustande. Er klagt über Schmerzen im rechten Hypochondrium und zeitweisen rechtsseitigen Schulterschmerz. Der Stuhlgang ist diarrhoisch, makroskopisch betrachtet ohne abnorme Beimengungen. Die Gesichtsfarbe ist blassgrau, der Puls klein. Temp. 39,5° C. Die Leber nach oben und unten vergrössert, auf Fingerdruck besonders am Rippenbogen in der Mamillarlinie empfindlich. Die deckende Haut an dieser Stelle ist entzündet und lässt einen im Durchbruch begriffenen Abscess vermuten. Die Probepunktion ergiebt den für Leberabscess charakteristisch geschilderten Eiter.

Nach Schleich'scher Anaesthesierung der Haut wird parallel dem Rippenbogen incidiert und etwa 300 ccm Eiter entleert. Die Blutung ist mässig und wird durch Tamponade gestillt. Die Abscesshöhle wird mit Lysollösung ausgespült, tamponiert und ein Holzwolleverband angelegt. Der Pat. fühlt sich nach der Operation sehr erleichtert, das Fieber fällt, die Schmerzen schwinden und der Appetit stellt sich wieder ein. Beim Verbandwechsel am nächsten Tage zeigt sich der Verband nur wenig mit Eiter getränkt, sodass eine zweite Ausspülung der Abscesshöhle unterbleibt. Die Heilung schreitet nun schnell vorwärts; Fieber, Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Leber verschwinden, bereits nach 10 Tagen zeigt die Wunde Neigung

sich zu schliessen, nachdem das Drainrohr wegen mangelnder Absonderung nicht mehr eingeführt wird. Durch Tamponade wird noch einige Zeit die Wunde offen gehalten, bis die Höhle gut ausgeheilt ist. Die Wunde verheilt dann glatt und Pat. kann als völlig geheilt entlassen werden. In der Folgezeit habe ich Pat. noch häufig gesehen, es ging ihm ausgezeichnet und nur die Narbe am Rippenbogen erinnerte an die überstandene schwere Erkrankung.

In diesem Falle handelte es sich offenbar wiederum um einen solitären, ziemlich grossen Abscess, der nach vorhergegangener Dysenterie entstanden war. Wäre noch ein zweiter oder mehrere Abscesse vorhanden gewesen, so wäre nach der Incision nicht eine so auffällige Besserung des Allgemeinbefindens eingetreten. Die unmittelbare Eröffnung des Abscesses mit dem Messer, ohne die Leber vorher an die Wundränder zu fixieren war in diesem Falle unbedenklich, da die deckende Haut über dem Abscess bereits entzündet war, also das Bestehen von Adhaesionen mit Sicherheit annehmen liess. Durch ausgiebige Eröffnung wurde der Eiter vollkommener entleert, als durch ein Drain..

III. Fall.

Baumeister S. hat nach halbjährigem Aufenthalt in Victoria gleichzeitig mit mir die Heimreise angetreten. Bei Beginn der Reise fühlt S. sich sehr wohl, sein Aussehen ist trotz einiger vorher überstandener Malariaanfälle vorzüglich. Nach einigen Tagen bleibt Pat. den gemeinschaftlichen Mahlzeiten fern, da er „Fieber“ habe, das vom Schiffsarzt als Malaria angesehen und mit grossen Dosen Chinin behandelt wird. Da bei dieser Behandlung das Fieber nicht verschwindet, der Kranke

immer elender wird und blutige Stühle auftreten, zieht mich der Schiffsarzt zu.

S. ist sehr abgemagert und macht auf den ersten Blick den Eindruck eines Schwerkranken. Die Gesichtsfarbe ist blassgelblich. Pat. nimmt die Rückenlage ein. Die Hauptklagen beziehen sich auf Schmerzen in der Lebergegend und in der rechten Schulter, weiter wird über schmerzhaften Husten und andauernde Schlaflosigkeit gekiagt. Temperatur 39°.

Die bisherige Fiebercurve ähnelt sehr der einer Intermittens mit Quotidiantypus.

Die Palpation der Leber ist schmerzhaft, ein Abscess jedoch durch Fingerdruck nicht nachzuweisen. Die Percussion ergiebt eine Vergrösserung des Organs nach oben und unten, die Dämpfungsfigur bildet nach oben den so häufig zu beobachtenden convexen Bogen, dessen Höhe die Mamilla bildet. Eine Probepunction unterbleibt, da der Sitz des Abscesses nicht sicher vermutet werden kann und eine Operation nicht ausführbar ist. Ich habe die Diagnose auf Leberabscess gestellt, gestützt auf die oben geschilderten Symptome. Der weitere Verlauf bestätigte dann auch die Diagnose, denn unter Zunahme der Allgemeinerscheinungen ging Pat. schnell zu Grunde. Kurz vor dem exitus sehe ich Pat. nochmals. Der Puls ist klein und frequent, Extremitäten kalt, Bewusstsein getrübt. Am folgenden Tage unter zunehmendem Collaps exitus letalis.

Die übrigen Fälle von Leberabscess, es sind im ganzen 35, will ich nur kurz der Statistik wegen anführen. Es handelte sich meistens um Fälle, bei denen ich mich mit der Diagnosenstellung begnügen musste, während auch bei den geeigneten Fällen von einer Operation aus verschiedenen Gründen abgesehen werden musste. Anamnestisch war 28 Mal eine

vorhergegangene Dysenterie festzustellen. Die Zwischenzeit zwischen dieser und der Lebererkrankung war bald kürzer, bald länger. Die Obduktionen bestätigten regelmässig die Diagnose Leberabscess und ergaben als Aetiologie vorhergegangene Dysenterie, denn ältere oder frischere Zeichen einer solchen fehlten nicht. In den 7 übrigen Fällen war es zweifelhaft, ob Dysenterie vorhergegangen war oder nicht. 4 Mal bestanden gleichzeitig mit Leberabscess blutige Diarrhoen, 3 Erkrankungen wiesen keine Erscheinungen von vorhergegangener oder bestehender Dysenterie auf.

Von den 38 Leberabscessen sind also 35 mit Dysenterie in Verbindung zu bringen, während nur 3 idiopathisch sind.

Auf welche Weise bei dysenterischen Leberabscessen die Eiterungserreger in die Leber gelangen, ist nicht mit absoluter Sicherheit zu sagen, aber die Annahme, dass die Infektion von den dysenterischen Darmgeschwüren aus durch die Aeste der Pfortaderwurzeln erfolgt, hat die grösste Wahrscheinlichkeit für sich. Ueber die Art und Weise selbst, wie dieser Vorgang sich abspielt, hat Gluck in seiner Arbeit über embolische Leberabscesse nach Dysenterie genau berichtet. Zur Entwicklung in der Leber kommen die Eitererreger dadurch, dass dies Organ einen locus minoris resistentiae darbietet. Von den aus einem gemässigten in ein heisses Klima versetzten Europäern ist es bekannt, dass sie bald an Hyperaemie der Leber leiden, aus der sich bald Hypertrophie entwickelt. Bei den von mir untersuchten Schwarzen, besonders bei den Trägern, die aus den Küstengebieten stammten und häufig mit Weissen in Berührung kommen, habe ich recht häufig hypertrophische Lebern gefunden, die ich in erster Linie auf Alkoholmissbrauch zurückführe. Es ist daher leicht verständlich, dass diese Leute,

die zeitweise unter den denkbar ungünstigsten hygienischen Verhältnissen leben, bei dem so häufigen Vorkommen der Dysenterie, in erster Linie an Leberabscess erkranken. Im Hinterlande, wohin die Segnungen der Kultur in Gestalt von Schnaps noch nicht gedrungen waren, habe ich verhältnismässig selten Fälle von Leberabscess zu Gesicht bekommen, obwohl ich monatelang in grossen Siedelungen mit der Bevölkerung in Berührung kam und alle möglichen Krankheiten zu behandeln hatte. Während bei den Europäern in Kamerun Dysenterie und Leberabscess in den letzten Jahren in Folge besserer Wohnungsverhältnisse und zweckmässigerer Lebensweise seltner geworden ist, nehmen diese beiden Krankheiten in der schwarzen Bevölkerung zu, denn die hygienischen Verhältnisse haben sich nicht gebessert und der Schnapskonsum steigt stetig.

Bei dem zunehmenden Mangel an Arbeitern für die Plantagen und Faktoreien wäre es ein grosses Verdienst der Regierung, wenn sie durch entsprechende Massnahmen dem Ueberhandnehmen der Dysenterie und des Leberabscesses energisch entgegenträte. Es fallen diesen Seuchen weit mehr Eingeborene zum Opfer, als man gemeinhin annimmt, jedenfalls fordern sie mehr Opfer, als die Fehden der einzelnen Stämme untereinander.

Nach meinen Erfahrungen würden sich einzelne Massnahmen leicht, andere weniger leicht durchführen lassen.

In erster Linie müsste der Schnapskonsum durch erhöhten Zoll verringert werden. Amerika hat ohne direkten Schaden seine Ureinwohner durch Schnaps annähernd ausgerottet, Kamerun kann und wird es nicht darauf ankommen lassen, denn ohne seine Ureinwohner ist die Kolonie für uns wertlos. Diese wichtigste Massnahme müsste unterstützt werden durch eine scharfe, im übrigen leicht ausführbare Kontrolle der Karavanen. Beim

Passieren der Stationen, die jetzt sämtlich einen Arzt stationiert haben, müssten Dysenterie-Kranke am Weitermarsch verhindert und isoliert werden.

Die anfangs beschriebenen Lagerplätze im Urwalde müssten erweitert werden und leicht desinficierbare Unterkunftsräume erhalten. Will man noch ein übriges thun, so kann man in Dörfern, wo kein Weisser ist, Calomel in genügender Menge an unterrichtete Schwarze abgeben, damit diese im Notfalle bis zur Ankunft eines Sachverständigen die übliche Behandlung einleiten.

Bei diesen Massnahmen würde bald eine Abnahme der Dysenterie und des Leberabscesses sich bemerkbar machen und die Kolonie würde in einigen Jahren die Früchte ihrer Thätigkeit ernten.

Litteratur.

Dr. B. Scheube, Die Krankheiten der warmen Länder.
Fisch, Tropische Krankheiten.
A. Plehn, Die Dysenterie in Kamerun.
Kohlstock, Aerztlicher Ratgeber.
H. de Brun, Maladies des pays chands
Däubler, Die Grundzüge der Tropenhygiene.
Kruse u. Pasquale, Untersuchungen über Dysenterie und Leberabscess.
Virchow Archiv Folge XI Band VIII.
Schweiger, Ueber Leberabscesse nach Dysenterie.
Gluck, Ueber embolische Leberabscesse nach Dysenterie.
Kartulis, Zur operativen Behandlung der Leberabscesse.
Kartulis, Zur Aetiologie der Leberabrcesse.
Kartulis, Ueber tropische Leberabscesse und ihr Verhältnis zur Dysenterie.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Johann Heinrich Wilhelm Kerksieck, Sohn des verstorbenen Amtmanns Heinrich Kerksieck, wurde am 19. Januar 1869 zu Blankenhagen geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem Gymnasium zu Gütersloh, das er am 23. Juli 1889 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Im Wintersemester 1889 - 90 wurde er in der Kaiser-Wilhelms-Akademie in Berlin aufgenommen. Am 11. Juli 1892 bestand er das Tentamen Physicum und am 4. Mai 1896 erhielt er die Approbation als Arzt.

Während seiner Studienzeit hörte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren:
v. Bardeleben, v. Bergmann, du Bois Reymond, Dilthey, Engler, Ewald, Fräntzel, Gerhardt, Goldscheider, Gurlt, Gusserow, Hartmann, Hertwig, Hirsch, v. Hofmann, Israel, Jolly, A. Köhler, R. Köhler, Kossel, Kundt, Lewin, Leyden, Liebreich, Olshausen, Oppenheim, Roth, Rubner, Salkowski, Schweigger, Schwendener, Schweninger, Schulze, Sonnenburg, Strassmann, R. Virchow Waldeyer.